Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 2. WARSZAWA, LUTY 1930 ROK II

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. med. FELIKS TURYN.

PRZYPADEK SPLENOHEPATOMEGALJI NIEWIADOMEGO POCHODZENIA[1]).

(Z oddz. wewn. Szpit. Św. Ducha (ordynator dr. med. Czesław Otto).

Chora Janian L. ma lat 28, jest zamężna. W 15 roku życia przechodziła chorobę gorączkową z bólami i obrzękami wszystkich stawów rąk i nóg. Choroba ta po kilku tygodniach przeszła bez widocznych dla chorej następstw. Czuła się dobrze, jedynie leczyła się z powodu nie zjawiających się od 20-go roku życia perjodów. W 1924 roku wyszła zamąż, w ciążę jednak nie zachodziła i z tego powodu była pod obserwacją ginekologa. 3 lata temu uderzyła się w lewe kolano, które obrzmiało. Obrzmienie ustąpiło po leczeniu miejscowem (lampa fioletowa). Od 3-ch lat chora zauważyła, że po chodzeniu puchną jej nieznacznie nogi, co ustępuje po odpoczynku. W tym samym czasie zaczęła odczuwać duszność i niepokój w okolicy serca, występujące po zmęczeniu. Od roku skarży się na bicie w okolicy serca. Od kilku lat wystąpiły wyraźniej żyły na udach i podudziach. Miejsca te swędzą czasami. Od dłuższego też czasu ma stałe uczucie pełności w nadbrzuszu, silniejsze po jedzeniu. Czasami miewa czkawkę, nieznaczne krwawienie z nosa i stolce pokryte drobnemi ilościami krwi. 3 miesiące temu przechodziła grypę, w czasie której wystąpiły wyraźniejsze sensacje, jak zamieranie i bicie w okolicy serca. Jednocześnie wystąpił ból i kłucie w kolanie prawem. Łaknienie i pragnienie chorej są mierne. Nie kaszle, nie odpluwa. Mocz oddaje bez dolegliwości. Stolce miewa po 2 dziennie, sformowane i zabarwione prawidłowo. Nie chudnie. Perjody ma w odstępach prawidłowych, niebolesne, średnioobfite, trwające 2 — 3 dni. Żółtaczki ani malarji nie przechodziła. Nie pije. Nie pali. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

W dniu 4.IX b. r., kiedy to chora przybyła na oddział, stwierdziliśmy: wzrost średni, waga 55.8 kg., budowa prawidłowa. Skóra blada, na policzkach, małżowinach usznych, dłoniach, palcach, stopach sina; na podudziach nieznacznie obrzękła, w okolicy krzyżowej po ucisku palcem tworzy się dołek, powoli ustępujący. Sutki słabo rozwinięte, nad nimi skóra układa się w fałdy, znikające pod pachami. Na udach, bocznych częściach brzucha i podudziach widoczne d. liczne, wyraźnie przeświecające, niektóre d. twarde niebolesne żyły skórne. Uwłosienie pod pachami i około części płciowych skąpe, na głowie — rzadkie. Ciepłota pod pachami 36.4^0.

---

[1]) Przypadek demonstrowany na posiedzeniu klinicznem Szpitala Ś. Ducha, dn. 14.XII.29.

Gruczoły chłonne nigdzie nie powiększone. Odżywianie dobre. Mięśnie średnio rozwinięte. Kościec prawidłowy. Czaszka dość mała, prawie kulista. Źrenice okrągłe, jednakowe, reagują na światło i przystosowanie dobrze. Tarczyca niepowiększona. Żyły szyjne zapadają się w czasie skurczu.

Klatka piersiowa dość krótka, dobrze wysklepiona, kąt międzyżebrowy rozwarty. Dołki nad i podobojczykowe niezaznaczone. Łopatki przylegają do klatki piersiowej dobrze. Międzyżebrza niezaznaczone. Ruchy klatki piersiowej miarowe, mało rozległe. Drżenie głosowe niewzmożone.

Odgłos wypukowy nad klatką piersiową jawny. Granice płuc; górnowewnętrzne 2 palce nad obojczykami, dolnozewnętrzne nie dochodzą na 3 palce do wyrostków barkowych. Granice dolne lewe: w l. mostkowej IV żebro, w l. sutkowej w V międzyżebrzu, w l. pachowej VII międzyżebrze, w l. łopatkowej 3 palce niżej kąta łopatki. Granice dolne prawe: w l. sutkowej — V żebro, pozatem jak po stronie lewej. Przy głębokim wdechu granice dolne płuc przesuwają się b. nieznacznie.

Wysłuchowo stwierdza się wszędzie szmer pęcherzykowy, poniżej kątów łopatek zaostrzony z wydechem słyszalnym. W IX i V międzyżebrzu lewem w l. sutkowej pojedyńcze świsty.

Uderzenie koniuszkowe serca wyczuwa się d. słabo w V międzyżebrzu w l. sutkowej lewej: pokrywa się opuszkami dwóch palców, miarowe. W dołku podsercowym stwierdza się tętnienie odpowiadające akcji serca. Granice: górna na III żebrze, lewa w l. międzyobojczykowej lewej, prawa — palec wprawo od l. mostkowej prawej. Tony serca nad wszystkiemi ujściami głuche. Ton II nad tętnicą płucną rozdwojony. Akcja serca miarowa, wynosi 96 uderzeń na 1 min. Tętnice słabo wyczuwalne, miękkie, o przebiegu prostym. Tętno miarowe, słabo napięte, jednakowe w obu tętnicach promieniowych, wypełnione średnio, ilościowo odpowiada akcji serca. Ciśnienie (Pachon) = Mx 11,5, Mn. 7. Wahania = 1,5. Jednocześnie osłuchiwanie tętnicy łokciowej, poniżej ucisku, stwierdza obecność wszystkich 4 faz.

Powłoki brzuszne znacznie wysklepione. Ruchy oddechowe minimalne. Powłoki nigdzie niebolesne. Obmacywanie narządów jamy brzusznej stwierdza: śledziona sięga brzegiem dolnym 1 palec nad l. pępkową, koniec przedniodolny — między l. sutkową i lewą pachową przednią. Koniec górny sięga VIII żebra. Śledziona d. twarda, tkliwa. Powierzchnia jej gładka. Oddechowo prawie nieruchoma. Wątroba sięga 1 palec ponad l. pępkową w l. sutkowej, nie dochodzi na 4 palce do tego poziomu w l. środkowej ciała. Jej brzeg zaokrąglony, dość twardy, gładki, tkliwy, mało ruchomy przy wdechu. Na powierzchni wątroby, 2 palce nad brzegiem dolnym, wyczuwa się wrąb o brzegu zaokrąglonym, bardziej bolesnym niż brzeg wątroby. Taki sam wrąb wyczuwa się 2 palce powyżej brzegu wątroby w l. środkowej. Wątroba wogóle d. twarda, tkliwa. Odgłos wypukowy nad wątrobą i śledzioną stłumiony, pozatem bębenkowy.

Kolano prawe nieco bolesne przy ucisku na rzepkę. Ruchomość nóg we wszystkich stawach zachowana. Odruchy ścięgniste i ze strony układu nerwowego normalne.

Badanie moczu: Ilość dobowa 900 cm^3 C. g. 1.014., przejrzysty, ciemno-żółty, osad skąpy, odczyn obojętny, B— C—, Urobilina obecna. Chlorków 8.6‰, mocznika 15‰, w osadzie pojedyńczej nabłonki płaskie i leukocyty.

Badanie krwi; Hb. 93%, Czerwonych c. 5.900000, Wsk. 0.7, Białych c. 6.800. Oboj. wiel. 81%, limfoc. 12%, monoc. 6%, kwasochłonnych 1%.

W kale krwi, pasorzytów ani ich jaj nie stwierdzono.

Reasumując stwierdzamy: pacjentka przeszła 13 lat temu prawdopodobnie gościec wielostawowy ostry, powikłany zapaleniem mięśnia sercowego, co pozostawiło zaburzenie w krążeniu, objawiające się pod postacią sinicy, obrzęków, powiększenia wszystkich wymiarów serca, głuchych tonów, zastoju w dolnych płatach płuc, w wątrobie i śledzionie. W tym sensie rozpoznaliśmy przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego i jego niewydolność, wywołaną ostatnio przebytą grypą. W stawie kolanowym prawym rozpoznajemy zapalenie podostre błony maziowej, możliwe jako resztkę sprawy ostrej, która miała miejsce przed laty 13-tu.

Zaburzenia w krążeniu, datujące się od lat 13-tu i ostra choroba gorączkowa, odbiły się na rozwoju ogólnym. zahamowały go, dając typ młodzieńczy o pewnych cechach dystrophiae adiposogenitalis, na co wskazuje: późne wystąpienie miesiączki, skąpe owłosienie, słaby rozwój sutek. fałdy skórnotłuszczowe nad niemi.

Na tem rozpoznaniu ograniczyć się niestety nie możemy, ze względu na rozmiary śledziony i wątroby.

Zastój pochodzenia sercowego, gdyby miał spowodować tak wybitne powiększenie gruczołów jamy brzusznej, byłby poprzedzony znaczniejszymi obrzękami nóg, czego pacjentka wcale nie podaje. Przeciwnie czuła się stale prawie dobrze i o tyle na siłach, że chciała zajść w ciążę Z drugiej strony śledziona zastoinowa w I okresie jest powiększona nieznacznie, w dalszym ciągu raczej maleje, kurczy się. Możnaby przypuścić istnienie zawałów w śledzionie, gdyby wystąpiły niepostrzeżenie dla

chorej, t. j. bez nagłego bólu w podżebrzu lewem. Zawały do śledziony powstają najczęściej w przebiegu zapalenia wsierdzia. Ponieważ w chwili obecnej nie znajdujemy żadnych śladów przebytych zapaleń zastawek pozostaje przypuścić, że w przebiegu gośćca potworzyły się skrzepliny, przyścienne, względnie jeszcze bardziej hypotetyczne, w uszku przedsionka lewego. W tem przypuszczeniu zgadzamy się na wystąpienie całego zespołu, o tyle dyskretne, że nie zauważyła go pacjentka (brak bólu w podżebrzu lewem) i nie pozostał żaden ślad w sercu, któryby pozwalał ustalić obecność punktu wyjścia dla zawału. Rozpoznanie takiego zawału możliwe jest tylko przy obserwacji chorego przed i po jego wystąpieniu (powiększenie się śledziony w okresie między krótko po sobie następującemi badaniami szmer tarcia w okolicy śledziony). Obecnie możemy zgruba liczyć się tylko z jego możliwością o ile innego wytłumaczenia dla powiększenia się śledziony nie znajdziemy.

Należy wobec tego dodatkowo przyjąć obecność zespołu wątrobo wo-śledzionowego.

W I rzędzie nasuwa się myśl o zakażeniu kiłowem, wobec płatowego charakteru wątroby. II okres kiły nabytej przebiega z żółtaczką, wykwitami skórnemi, czego u pacjentki nie znajdujemy, ani w wywiadach ani przy badaniu. Okres III zaczyna się brakiem łaknienia, wymiotami. biegunką, samoistnemi bólami w podżebrzu prawem, stopniową utratą na wadze. Na brzegu wątroby znaleźć można wtedy wcięcia. Występuje niedokrwistość. Pacjentka nasza nie wykazuje tak wyraźnych zaburzeń przewodu pokarmowego, nie chudnie, brzeg wątroby ma gładki. śladów po okresie I ani II nie widać. Anemji nie stwierdza się również Kiła wrodzona późna jest mało prawdopodobna, ze względu na brak zmian w układzie kostnym (guzy czaszki, skrzywienia kończyn dolnych), w uzębieniu, w narządzie wzroku (keratitis), słuchu (głuchota), w nosie (rhinitis atrophicans). Zresztą matka naszej pacjentki rodziła 9 zdrowych dzieci.

Hyperleukocytoza obojętnochłonna, powiększenie wątroby i śledziony, objawy utrudnionego krążenia w żyle próżnej dolnej (rozszerzenie żył na brzuchu i na nogach, sporadyczne krwawienia z kiszki stolcowej) spotykamy również w przebiegu marskości przerostowej typu Hanot, ta jednak cechuje się żółtaczką nasiloną raz bardziej, innym razem mniej, ale nie ustępującą nigdy w przebiegu omawianej choroby.

Obrzęki, rzadkie wprawdzie, krwawienia z nosa, domieszka krwi w kale, powiększenie śledziony, urobilinurja, poliglobulja nasunęły nam na myśl możliwość istnienia II okresu zespołu Banti'ego. Duża wątroba znamionowałaby już przejście do okresu III, dla którego znowu charakterystyczną jest niedokrwistość i puchlina brzuszna. W naszym przypadku, jak to już przytoczyliśmy, ilość krwinek czerwonych w $1mm^3$

równa się 5.900.000, ale Hb jest 93%, a wskaźnik wynosi 0.7. Odżywianie chorej jest również dobre.

Morbus Gaucher występuje rodzinnie. Udało nam się zbadać jedną siostrę chorej i żadnych zmian patologicznych nie stwierdziliśmy. Reszta rodzeństwa również podobno jest zdrowa. Zresztą podkreślamy jeszcze raz brak żółtaczki, wzgl., brunatno-żółtego zabarwienia skóry, zgrubień żółtawych spojówki nazewnątrz od rogówek, ilość krwinek białych (6.800) jest daleką od leukopenji.

Obraz krwi, brak powiększenia gruczołów wyłącza obecność jakiejkolwiek białaczki. Chora nie ma wylewów krwawych do skóry, w preparatach krwi brak elementów szpikowych, brak również towarzyszących białaczce zaburzeń ze strony układu nerwowego.

Nie bierzemy w rachubę takich zespołów, jak mięsak śledziony, torbiel śledziony, gruźlica wątrobowo-śledzionowa, diabete bronzé, skrobiawica, malarja, gdyż nie mamy na to żadnej podstawy ani w wywiadach, ani przy badaniu fizykalnem i klinicznem.

Stawiając więc rozpoznanie pod znakiem zapytania, postanowiliśmy szukać istoty choroby podczas bliższej obserwacji chorej na oddziale. Zalecono spokój, leżenie w łóżku, djetę małosolną, mało płynną, diuretynę i adonis vernalis, dla zmniejszenia obrzęków. Chora czuła się stale dobrze, jedyne jej dolegliwości dotyczyły bólu w kolanie prawem, również niezbyt silnego. Tymczasem odpowiedź na odczyn Wassermanna we krwi wypadła ujemnie. Zastosowaliśmy przez tydzień kalii jodati dla sprowokowania odczynu. Jednak i tym razem odczyn WR wypadł ujemnie. Ilość dobowa moczu trzymała się około 1 — 1.2 litrów. Tętno wahało się stale w granicach od 96 — 88. W sercu, wątrobie i śledzionie żadnych zmian w porównaniu z badaniem pierwotnem nie stwierdziliśmy. Na szósty dzień diureza zaczęła opadać stopniowo do 700 cm^3, równocześnie zwiększał się obrzęk w okolicy krzyża, a w stawie kolanowym prawym ból ustał, lecz zwiąkszyła się, wprawdzie nieznacznie, jego objętość. Wobec tego 19.IX, t. j., po 2 tygodniach pobytu chorej wstrzyknęliśmy 2 cm^3 salyrganu dożylnie. Diureza wzrosła bezpośrednio do 2.700, następnego dnia spadła do 1460 i dalej przez dwa tygodnie utrzymywała si ęna poziomie nieco powyżej 1200 cm^3. W tym okresie podawaliśmy chorej euphyllinę w czopkach po 0,25, trzy razy dziennie. W tym samym czasie zauważyliśmy sporadyczne zwalnianie się tętna do 60, ale przerwy pomiędzy poszczególnemi falami tętna były nierówne. Osłuchiwanie serca w tych chwilach wykazywało, że bradycardia pochodzi z wypadających w akcji serca skurczów, przez co niektóre przerwy w akcji serca wydłużały się znaczniej. Chora tych przerw nie dostrzegała wcale. Dodatkowych skurczów nie stwierdzono. Zjawisko zaobserwowane nie było stałe. Bada-

nia kilkakrotne w ciągu dnia, wykazywały zmienność tętna, które czasami było znowu normalne, t. j., wynosiło około 90, jak dni poprzednich. Po wspomnianym okresie niezłej diurezy ilość dobowa moczu, zaczęła opadać poniżej litra, obrzęki w stawie kolanowym prawym stały się znaczniejsze, tak, że kolano uległo znacznej deformacji, stwierdzało się chełbotanie. Zapomocą punkcji stawu kolanowego osiągnięto około 80 cm^3 płynu o cechach następujących: mętny, opalizujący, c. g. 1010, białką 2.5%, chlorków 6%, Rivalta dodatni, pod mikroskopem 20 — 40 leukocytów w polu widzenia. Charakter więc płynu był przejściowy. Mimo nałożenia bandażu krochmalnego, płyn w stawie kolanowym zebrał się nanowo i po 3-ch dniach kolano wyglądało, jak przed punkcją. Wstrzyknęliśmy znowu salyrgan dożylnie, gdyż diureza była niewystarczająca, chora uskarżała się na uczucie pełności. Wraz z obrzękiem skóry po salyrganie utsąpił obrzęk w kolanie ,natomiast zjawił się w niem ból pierwotny.

Dla uniknięcia zbyt częstych wlewań salyrganu i poprawy diurezy zaczęliśmy stosować chlorek wapnia w dawce po 20 gr. dziennie, a kolano poleciliśmy nagrzewać lampą fioletową i smarować jodvasogenem. Dobowa ilość moczu podniosła się stopniowo i chora poczęła tracić na wadze prawie po 1 kg. dziennie. Działanie chlorku wapnia ustąpiło po tygodniu, chora jednak była znacznie odwodniona, na krzyżu pozostał tylko b. nieznaczny obrzęk. Kolano poprawiło się również stopniowo i po 6 tygodniach pobytu w szpitalu, koło 20.X chora mogła już chodzić bez bólu w kolanie. W tym czasie dokonaliśmy prześwietlenia klatki piersiowej promieniami Rentgena i zdjęcia serca.

Podajemy opis tych badań:

Ruchy oddechowe przepony swobodne i mało rozległe. Kąty przeponowożebrowe wolne. Wnęki niezbyt intensywne zacienione, rysunek płuc w ich okolicy nieco wzmożony. Pola płuc i szczytowe bez uchwytnych odchyleń, mało powietrzne, ciemniejsze.

Serce o wymiarach powiększonych, komora lewa i przedsionek powiększone; komora i przedsionek prawy o granicach powiększonych; po stronie prawej, górny brzeg serca daje mało intensywny cień, idący równolegle ku brzegowi (v. cava sup.). Przy bocznych ruchach tułowia kontur serca nie zmienia się, cień przesuwa się w całości. Ruchy skurczowe serca słabo zaznaczone.

Obraz spotykany przy obliteratio pericardii.

Zdjęcie wykazuje dodatkowo: kontury serca zlekka pozazębiane prawie na całej przestrzeni, potwierdza więc stan rozpoznany po prześwietleniu.

Wspomniana powyżej niemiarowość ze strony serca przez czas obserwacji występowała sporadycznie. Postanowiliśmy wyświetllić ten stan

zapomocą krzywej elektrograficznej, którą łaskawie wykonał i objaśnił p. kpt.-lek. dr. Rosnowski. (Oddz. wewn. Szpitala Szkoły Podchorążych Sanitarnych). Zdjęcie to wykazało blok częściowy serca, wykonane było 2 razy z przerwą tygodniową. Za drugim razem tętno było miarowe i dopiero ucisk na gałkę oczną sprowadził obraz bloku częściowego, słabiej jednak zaznaczony niż za I razem.

Z obserwacji dodamy jeszcze, że ilości dobowe moczu wahały się, dając linję falistą ze szczytem około 2.5 litrów na czwarty dzień po zastosowaniu chlorku wapnia. Ten ostatni przerywaliśmy po 10 dniach, ze względu na uczucie palenia w żołądku i silne pragnienie. Naturalnie, ilość moczu spadała wtedy do 1 litra i poniżej na dobę, obrzęki zwiększały isę, usuwaliśmy je salyrganem. Stwierdziliśmy przytem, że ilość moczu po salyrganie wynosiła we wszystkich natsępnych (III, IV, V, VI) razach zawsze 4,5 litra, znacznie więcej niż po I i II wstrzyknięciu. Tłumaczymy to potęgującem działaniem moczopędnem chlorku wapnia, mimo, że upływało 7 — 10 dni między ostatnim dniem „uwapniania" chorej i injekcją salyrganu. Blum tłumaczy to zjawisko następująco: wprowadzanie większych dawek chlorku wapnia z jednoczesnem ograniczeniem soli kuchennej, powoduje akumulację chlorków, kwasicę chlorową tem wydatniejszą, im mniej podawać sodu. Stan ten jest wyrazem suchej retencji chlorków, usposabia do odwodnienia i potęguje djurezę wywołaną solami rtęci.

Pozatem z obserwacji wynika, że obrzęk stawu kolanowego prawego nie zjawiał się już wcale, mimo okresów większych obrzęków. Był to więc dziwny objaw niesymetrycznego obrzęku na tle zastoinowem w tkance z podostremi zmiany zapalnemi, który ustąpił po leczeniu miejscowem podostrego zapalenia błony maziowej torebki stawowej. Znaczyłoby to, że upośledzenie krążenia przyczyniło się do wzmożenia stanu zapalnego, zjawiła się puchlina na tle zapalnem, która ustąpiła po zadziałaniu środka moczopędnego i nie wróciła po leczeniu miejscowem. Sole rtęciowe stosowane są zresztą w lecznictwie podostrych stanów gośćcowych.

Zwracamy uwagę, że wymiary i charakter wątroby i śledziony nie zmieniły się przez czas pobytu chorej na oddziale.

Ciepłota wahała się między 36.2° a 36.9°, podnosząc się w okresach przedmiesiączkowych na 1 — 2 dni do 37.4°.

Zastanówmy się z kolei nad momentami djagnostycznemi, które nam dała obserwacja.

Na pierwszy plan wysuwa się niedomoga w krążeniu. Cechuje ją stała niewydolność mięśnia sercowego, elektrokardiogram zaś wyjaśnia, że zmiany w sercu posunięte są dość daleko. Prześwietlanie i zdjęcie

promieniami Rentgena pozwala na rozpoznanie zaniku worka osierdziowego, który jeszcze bardziej utrudnia akcję serca.

Nasuwa się pytanie, czy nie należałoby powiązać zmian w worku osierdziowym z zapaleniem błony maziowej stawu kolanowego prawego. (i lewego 3 lata temu), a płatowatość wątroby potraktować jako zmiany przewlekłe zapalne torebki wątrobowej. Perihepatitis, bowiem, może dawać na powierzchni wątroby zgrubienia, które przy badaniu przez powłoki brzuszne dają wrażenie nierówności i płatowatości tego narządu. Łącząc tedy pericarditis, perihepatitis, perisplenitis (?) i bursitis genu atriusque otrzymalibyśmy zespół polyserotitis (rheumatica) ze wszystkiemi u naszej chorej omówionemi objawami.

Rozpoznanie b. kuszące; niestety, najkardynalniejszy fragment — pericarditis — klinicznie niczem się nie objawia, a opieranie się na samem badaniu promieniami Rentgena uważamy za zbyt ryzykowne.

Z powyższego wynika: Obserwacja i badanie chorej nie pozwalają na postawienie pewnego rozpoznania istoty tak znacznego przerostu wątroby i śledziony. Decyzję, czy stoimy przed zmianami kiłowemi nabytemi wzgl. wrodzonemi, czy jest to marskość przerostowa Hanot, zespół Banti'ego, zawały w śledzionie, czy też wielosurowicze zapalenie i t. zw. pseudocirrhosis hypertrophica Pick, uważamy sobie w danym przypadku za trudną.

Dr. med. ALFRED GALEWSKI.

TWORZENIE SIĘ ZŁOGÓW W USTROJU LUDZKIM Z PUNKTU WIDZENIA CHEMJI FIZYCZNEJ.

Kamienie są to twory, które powstają w przestrzeniach wolnych ustroju przez wypadanie różnych soli krystalicznych i bezkształtnych. Kamienie mogą się tworzyć w wielu miejscach np. w pęcherzu moczowym, pęcherzyku żółciowym, miedniczkach nerkowych, sterczu, w świetle przewodów wszystkich gruczołów, jak trzustkowym, ślinowym, w naczyniach (arteriolity), w żyłach (phlebolity), w jelitach (enterolity), w komorach mózgu, w uchu (otolity), w gruczołach łzowych, łojowych, mlecznych, w nosie (rhinolity), w drogach oddechowych, jak w płucach (pneumolity), oskrzelach (bronchiolity), w otrzewnej, jako zwapniały płód (litopedjon), w stawach (mures articolorum), wreszcie na szyjce zębów w postaci kamienia zębowego.

Skład kamieni.

Skład kamieni zależy od składu zawartości jamy, w której kamień powstaje. Główną częścią składową kamieni pęcherzyka żółciowego jest cholesteryna, żółciany i barwiki żółciowe, główną zaś częścią składową kamieni pęcherza moczowego stanowią kwas moczowy, węglany, fosforany, szczawiany wapnia, cystyna i ksantyna. Kamienie przewodów gruczołów ślinowych składają się przeważnie z węglanów wapnia.

Do powstawania kamieni niezbędne jest jakieś jądro, dookoła którego sole się nawarstniają; jądrem takim zazwyczaj bywają ciała obce, złuszczone nabłonki, zagęszczony śluz i t. d. Wkażdym roztworze przesyconym, istnieje równowaga, z chwilą zakażenia przez kryształek, sprawa osadzania się soli występuje z nadzwyczajną szybkością. Zupełnie to samo dzieje się w ustroju ludzkim.

Przyczyny tworzenia się kamieni.

Przyczyny tworzenia się kamieni w ustroju ludzkim są różnorodne, przedewszystkiem z powodu zagęszczenia zawartości jam, przy wessaniu wody i soli ,pozatem wskutek działania drobnoustrojów i nakoniec skutkiem nieprawidłowej przemiany materji soków ustrojowych.

Kamienie żółciowe.

Kamienie żółciowe bywają pochodzenia zapalnego i niezapalnego, różnią się one składem chemicznym. Pierwsze składają się z wapnia i cholesteryny ;podczas stanu zapalnego powstaje nadmierna produkcja śluzu, który obfituje w sole wapnia, obecność więc soli wapniowych w kamieniach żółciowych mówi o jego pochodzeniu zapalnym; oprócz wapnia w kamieniach zapalnych odgrywa rolę też i bilirubina.

W warunkach prawidłowych wapń i bilirubina znajdują się w żółci w stanie rozpuszczonym, gdyż od wypadania ich chronią ochronne

kolloidy; jeśli wskutek pewnych zaburzeń fizykochemicznych wypadną te kolloidy, pociągają one tem samem za sobą wypadanie bilirubiny i wapnia. Z tego wynika, że w kamieniach zapalnych bilirubinowo-wapniowych odgrywa rolę kolloid. Kamienie takie ułożone są koncentrycznie, a pomiędzy warstwami daje się zauważyć charakterystyczna błonka, jako wyraz strącenia się kolloidu ochronnego. Kamienie niezapalne powstają najczęściej wskutek zastoju, składają się jedynie z cholesteryny. Według Schadego i Lichwitza cholesteryna utrzymana jest w roztworze żółci w stanie rozpuszczonym, dzięki żółcianom i mydłom, pełniącym rolę kolloidu ochronnego, zniszczenie ich pociąga za sobą wypadanie cholesteryny; dodatek większej ilości cholesteryny, albo też zmniejszenie cholanów wskutek resorbcji powoduje wypadanie cholesteryny w postaci kryształów. Naunyn twierdzi, że cholesterynę w pęcherzyku żółciowym wytwarza sam nabłonek, Aschoff zaś twierdzi, że hypercholesterynemja w żółci i we krwi uzależniona jest od pokarmu, Chauffard zauważył częstość występowania kamicy żółciowej w miażdżycy, otyłości, cukrzycy, po połogu w okresie karmienia piersią, w których to jednostkach chorobowych spotyka się zawsze lipemję.

O ile kamienie zapalne układają się koncentrycznie, o tyle niezapalne układają się promienisto, w powstawaniu kamieni zapalnych główną rolę odgrywa kolloid, w niezapalnych krystaloid. Przyczyny zastoju w pęcherzyku żółciowym są różnorodne: zewnętrzne jak ucisk na przewód żółciowy, wywołany przez gruczoły, trzustki, w chorobie Glenarda i wewnętrzne jak fałdy śluzówki, wpuklenie Luschki i t. d.

Sam pęcherzyk również sprzyja tworzeniu się kamieni żółciowych, gdyż jest on regulatorem parcia w drogach żółciowych; żółć, dostająca się do pęcherzyka, ulega zgęszczeniu do $^1/_{10}$. swej objętości, zagęszczenie żółci odbywa się szybciej, niż napełnianie pęcherzyka, dzięki bogato rozwiniętemu układowi limfonośnemu, wsysa on bowiem sole i wodę.

Gdy do zastoju dołącza się sprawa bakteryjna, powstają komienie mieszane, o składzie mieszanym, zapalno-niezapalne, zakażenie bakterjami sprzyja wzrostowi kamieni (Naunyn). Według niektórych badaczy pod wpływem laseczki tyfusu lub okrężnicy następuje dekompozycja żółci, co prowadzi do wypadania kamieni, być może że cholany, jako kolloid ochronny, stanowią pożywkę bakteryjną, brak której prowadzi do tworzenia się złogów.

Kamienie moczowe.

Kamienie moczowe bywają zapalne i niezapalne. Pierwsze spotykają się rzadko, częściej w stanach zapalnych pęcherza moczowego w postaci fosforanu amono-magnezowego w połączeniu z białkiem i podobnie jak żółciowe ułożone są koncentrycznie.

Niezapalne krystaliczne składają się z kwasu moczowego, ułożone są promienisto, powstają wskutek większej koncentracji moczanów, lub skutkiem zostoju moczu. Wreszcie kamienie mieszane, które bywają najczęściej, są to właściwe kamienie moczowe.

Nowoczesne zapatrywania na powstawanie kamieni przypisują badacze podobnie jak i żółci pewną rolę w tym procesie warunkom kolloidowym moczu.

Teorja fizykochemiczna powstawania złogów w ustroju.

Dzięki obfitej zawartości kolloidów w płynach ustrojowych jak we krwi, moczu ślinie, żółci, soki wykazują zawartości wapnia, cholesteryny, kwasu moczowego daleko wyższe aniżeli wymaga stopień rozpuszczalności tych ciał w wodzie destylowanej. Cząstki kolloidalne, kolloidu ochronnego adsorbują na swojej powierzchni wyżej wymienione produkty i w ten sposób usuwają z roztworu nadmiar nierozpuszczonych ciał.

Działanie kolloidów ochronnych jest tem większe, im większa jest suma powierzchni cząstek kolloidowych, a ta znów zależy od stopnia rozproszenia danego kolloidu. Stopień zaś rozproszenia D zależny jest od powierzchni S i objętości V według ogólnego wzoru $D = \frac{S}{V}$ a ponieważ cząstki kolloidalne bardzo małe zbliżone są do kulistych o promieniu R., więc $D = \frac{R^2 \; 3}{R^3} = \frac{3}{R}$ czyli że stopień rozproszenia jest odwrotnie proporcjonalny do promienia lub średnicy, innemi słowy, im mniejsze cząsteczki kolloidalne, tem większe jest rozproszenie kolloidu ochronnego, a im większe działanie kolloidu ochronnego, tem mniejsze szanse na powstawanie złogów; najbardziej rozproszony kolloid zawiera tkanka embrjonalna, która właśnie nigdy nie zawiera złogów. Jeżeli pod wpływem jakichś czynników nastąpi zmniejszenie się stopnia rozproszenia danego kolloidu, to suma powierzchni cząstek kolloidowych zmniejszy się i ochronne działanie kolloidu, pewna ilość ciał nie będzie z tego powodu mogła być zaadsorbowana na powierzchni kolloidu, zostanie uwolniona i wróci do rozpuszczalnika, dając powód do tworzenia się złogów. Jeżeli wyparować litr moczu, to powstanie osad, który nie będzie można w żaden sposób rozpuścić w wodzie, podczas gotowania zostały zniszczone kolloidy ochronne,, które utrzymywały cząstki w stanie rozpuszczalnym, zniszczenie ich daje osad. Overton rozpuścił w benzolu cholesterynę i lecytynę, a osad cholesteryno-lecytynowy rozpuścił w wodzie. W ten sposób rozpuszczalna w wodzie lecytyna, jako koloid ochronny utrzymywała w roztworze nierozpuszczalną cholesterynę.

Mówiąc o chwiejności kolloidowej, należy wspomnieć o tem, że takowa istnieje w specjalnej postaci t. zw. Crise hémoclasique Vidala, gdzie wskutek prawdopodobnie podrażnienia nerwu błędnego mamy skupianie się cząstek kolloidowych w większe kompleksy, gdyż nerw sym-

patyczny ma rozkładać białko na mniejsze kompleksy, w tej Crise Vidala daje się zauważyć również szybsze opadanie krwinek, proces ten jest analogiczny do wzmożonego osadzania cząstek rozpuszczonych we krwi lub innych sokach ustrojowych, która to skłonność w tej jednostce jest wybitnie zaznaczona.

Wpływ witamin.

W ostatnich czasach uczeni wykazują zależność pomiędzy odżywianiem, a powstawaniem złogów w ustroju ludzkim, że odgrywają w tej sprawie niepowszednią rolę i witaminy, które przecież są niezbędne do pełnej równowagi życiowej tkanek. Starają się ci autorzy wykazać, że awitaminoza prowadzi do tworzenia się złogów, być może, jak chce Glanemann, witaminy działają na rozproszenie kolloidów w sensie dodatnim, że awitaminoza ma prowadzić do zmian w rozproszeniu kolloidów. W ostatnich czasach japoński biochemik Fuimaki tuczył szczury specyficzną djetą, która według niego ma wywoływać złogi w nerkach i w pęcherzyku żółciowym.

Doszedł autor ten do wyników następujących. Brakująca witamina A wytwarza kamienie pęcherzowe w krótkim czasie, później nerkowe. a nakoniec żółciowe.

Brakujące witaminy A + C dawały ten sam wynik. Brakujące witaminy B, C, B + C nie mają nic wspólnego z tworzeniem się kamieni.

Prawidłowa djeta nie daje kamieni, co jest bardzo ważne. Kamienie nerkowe składały się z fosforanów a żółciowe z cholesteryny. Djeta bezbiałkowa i bez witaminy A tworzy kamienie jeszcze szybciej niż djeta bez witaminy A lub A + C, analiza chemiczna kamieni wykazuje fosforany i substancję podobną do białka. Sama djeta bezbiałkowa nie wytwarza kamieni. Djeta bez witaminy A i nieorganicznego fosforu i wapnia daje najpierw kamienie żółciowe, potem pęcherzowe, nakoniec nerkowe. Żółciowe obfitowały w wapń, cholesterynę i barwik, moczowe zawierały mało węglanów w przeciwieństwie do djety poprzedniej, gdzie węglanów nie było wcale, a tylko fosforany.

Całą kwestję tworzenia się złogów należy ująć jako skutek chwiejności kolloidów ochronnych w ustroju. Przesycenie solami daje ten stan który nazwać można skłonnością ustroju do tworzenia się osadów, a zaburzenia w sferze kolloidalnej doprowadza do wypadania złogów w ustroju.

Dr. med. A. KRASUSKI.

CHOROBA PAPUZIA.

Choroba papuzia u ludzi przebiega jako ciężka choroba zakaźna, której towarzyszy zapalenie płuc. Często na tę chorobę zapada jednocześnie kilku lub kilkunastu ludzi, którzy mieli styczność z papugami.

Choć papugi łatwo przystosowują się do warunków niewoli, to dość często jednak przewożenie papug z dalekich krajów zamorskich w warunkach niehygjenicznych, w źle oczyszczanych i źle przewietrzanych klatkach, przy braku świeżej wody do picia, powoduje u ptaków ciężkie zachorzenia, cechy którego skreślimy poniżej.

Pierwsze objawy nie są charakterystyczne. Okres inkubacyjny w tem cierpieniu trwa od 3 dni do wielu tygodni. Papugi wykazują pewną ociężałość i brak apetytu. Po tym okresie następuje okres biegunek. Ptaki mają bardzo częste wypróżnienia, podczas których wydzielają się cuchnące krwawe stolce. Obok biegunek wymiotują one czasem żółtozielonemi masami. Papugi chore, zazwyczaj przy tych objawach, zdychają na 3 — 5 dzień choroby. Jeżeli jednakże nieliczne z tych, które zachorowały, wyżywają dłużej, choroba z ostrej przechodzi w postać podostrą. Obraz chorobowy w stanie podostrym cierpienia ulega zasadniczej zmianie. Biegunki w tym okresie cierpienia ptakom już nie dokuczają, a natomiast cierpią one z powodu duszności. Oddech ptaków staje się ciężki sapiący, zjawia się wypływ ropny z nosa i powiek. W tym okresie choroby papugi zdychają z powodu wyniszczenia ogólnego i znacznego osłabienia.

Badanie sekcyjne oprócz znacznego wyniszczenia zwierząt stwierdza przekrwienie przewodu pokarmowego, wybroczyny krwawe w otrzewnej, w osierdziu i opłucnej. Śluzówka jelit nosi na sobie owrzodzenia. Śledziona jest miękka, przekrwiona, obrzękła. Nerki są powiększone jak również i wątroba. W narządach stwierdzamy szare gruzełki, które są masami nekrotycznemi. Mięsień sercowy jest koloru ciemnoczerwonego. Badanie płuc wykazuje ogniska zapalenia zrazikowego często zlewające się ze sobą.

W preparatach ze krwi i rozmazach z narządów wewnętrznych Ebert (1880) i Wolff (1883) znajdywali liczne drobnoustroje. Wolff wypowiedział już wtedy zdanie, że drobnoustroje te są dla ludzi niebezpieczne. Pierwszy raz w 1879 r. J. Ritter z powodu pewnej niewielkiej epidemji zapalenia płuc wyraża zdanie, że powodem jej powstania były papugi. Podczas paryskiej epidemji choroby papuziej w 1892 r. Nocard wychodował z narządów i krwi papug zarazek jadowity dla wielu ptaków domowych i zwierząt ssących. Zarazek ten barwi się metodą Grama ujemnie i rośnie na podłożach zwykłych. Ze względu na własności biologiczne zarazek ten powinien być zaliczony do rzędu paratyfusów B.

Drogi, jakiemi zakażenie z papug przenosi się na człowieka, nie są znane. Odgrywają tu zapewne rolę wydzieliny papug. Pewne dane wskazują na to, że roznosicielami choroby mogą być i zdrowe papugi.

Lichtenstein w 1899 r. daje klasyczny opis choroby papuziej u ludzi. Opis ten jest zgodny z opisami prac nowszych Grunwalda, T. Meyera i Ehrmanna. Okres inkubacyjny trwa od 8 do 12 dni. Choroba rozpoczyna się dreszczami. Towarzyszą jej zmiany kataralne lub błoniaste, a nawet wrzodziejące błony śluzowej, jamy ustnej i nosowej. Gorączka w tem cierpieniu utrzymuje się na poziomie 39 — 40^0 i trwa od 14 do 36 dni. W chorobie tej obserwujemy zwolnienie tętna. 5 — 7 dnia występują objawy zapalenia płuc odoskrzelikowego w płatach dolnych. Charakterystycznym dla tych objawów jest brak plwociny oraz brak przyspieszenia oddechu, nawet w okresie najbardziej rozwiniętego stanu zapalnego w płucach. Objawów zapalenia opłucnej w cierpieniu tem nie obserwowano nigdy. F. Günther herpes labialis widział tylko w jednym przypadku. Twarz chorych jest bardzo blada. Krzywa temperatury utrzymuje się nieraz nawet po ustaniu zapalenia płuc. Temperatura w tem cierpieniu opada zazwyczaj litycznie.

Badanie morfologiczne krwi na początku cierpienia wykazuje leukopenję, przy braku eozynofilów. Ilość leukocytów z chwilą wystąpienia zapalenia płuc zwiększa się.

Notowano przyspieszenie opadania krwinek, szybko przemijające w okresie rekonwalescencji. U człowieka zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego są zmienne i niecharakterystyczne. Nie obserwujemy powiększenia śledziony. Chorym dokucza bezsenność, trudno poddająca się działaniu środków nasennych. Badania bakterjologiczne krwi i stolca chorych, we wszystkich opisanych przypadkach, dawały wyniki ujemne. Aglutynacja była również ujemna. W literaturze mamy jeden tylko przypadek, gdzie wykryto u człowieka drobnoustroje opisane przez Nocard'a. F. Günther podaje, że robiono próby zaszczepiania krwi chorych zdrowym papugom i papugi te zdychały. Autor jednakże zaznacza, że zbyt mało jest jeszcze tego rodzaju badań, żeby wyciągać z nich wnioski. Należy przypuścić, że w powstawaniu choroby papuziej u ludzi oprócz znalezionego u papug drobnoustroju Nocard'a, wchodzą w grę jakieś inne nieznane czynniki zakaźne. Ludzie zdrowi mogą zarażać się od chorych tak łatwo, jak to ma miejsce przy dżumie płucnej lub wysypkach zakaźnych.

Choroba daje duży odsetek śmiertelności. W opisanych epidemjach $^1/_3$ chorych umierała.

LITERATURA

Bruno Heymann. Klin. Wochenschrift N. 5. 1930 r. str. 193 — 196.

F. Günther. Klin. Wochenschrift N. 5. 1930 r. str. 203.

Kissingen jest to miejscowość lecznicza, położona w Bawarji w dolinie Saali otoczonej zalesionemi górami. Kissingen słynie ze swych wód mineralnych, obfitujących w chlorek sodu. żelazo i kwas węglowy. Głównym źródłem Kissingen, któremu zawdzięcza ono swą światową sławę jest Rakoczy. Zdrój Rakoczy został odkryty w 1737 r. Woda tego zdroju ma temperaturę 10 — 11° C. Źródło to ma zastosowanie lecznicze i woda jego służy jedynie do picia. Wodę tę stosuje się do picia w stanie zimnym lub gorącym samą lub z dodatkiem soli gorzkiej, zależnie od tego, jaki efekt leczniczy chcemy wywołać. Woda ta jest przezroczysta, w smaku przyjemna. Przy dłuższem staniu lub ogrzewaniu wytrąca się czerwono-brunatny osad żelaza. Omawiając działanie wody Kissingen na organizm, musimy zaznaczyć działanie jej poszczególnych części składowych. Obficie zawarta w wodzie tej sól kuchenna po przeniknięciu przez żołądek do organizmu wzmaga nasycenie krwi solą, co powoduje wzmaganie się diurezy, podczas której wydziela się z organizmu dużo elementów szkodliwych. Pod wpływem leczenia tą wodą wydzielanie mocznika jest zwiększone. Przemiana materji zostaje wzmożona. na co wskazuje zwiększone wydzielanie azotu. Notowano pod wpływem kuracji wodą Rakoczy zmniejszanie się otyłości. Sól kuchenna zawarta w tej wodzie podnosi odżywianie ogólne organizmu i wzmaga przemianę materji.

Kwas węglowy zawarty w wodzie źródła Rakoczy potęguje działanie chlorku sodu, zmniejsza nadwrażliwość ściany żołądka, wzmaga ruchy robaczkowe jelit oraz pobudza czynność wydzielniczą nerek. Wessany w żołądku kwas węglowy wzmaga czynność serca i naczyń krwionośnych oraz pobudza czynność systemu nerwowego.

Zawarte w wodziej tej żelazo, po przejściu przez przewód pokarmowy, gdzie zostaje ono wessane, sprzyja odnawianiu się krwi.

Zawartość węglanu wapnia i chlorku litu wzmaga działanie chlorku sodu oraz wpływa na rozpuszczanie się złogów. jak naprzykład w dnie i wszelkiego rodzaju kamicach.

Woda zdroju Rakoczy podana w stanie zimnym wzmaga czynność żołądka i jelit. Perystaltyka żołądka i jelit zwiększa się, co sprzyja ich szybszemu opróżnianiu się. Wchłanianie chlorku sodu przy tym sposobie podawania jest powolne. Ogólnie biorąc, Rakoczy podany na zimno wywiera działanie przeczyszczające.



Woda zdroju Rakoczy podana na gorąco traci znaczną ilość dwutlenku węgla w niej zawartego. Przy tym sposobie podania chlorek sodu szybciej przenika do soków organizmu. Ruchy robaczkowe żołądka i jelit zostają znacznie mniej pobudzone, niż przy pierwszym sposobie podawania. Ogólnie biorąc, można powiedzieć, że podawanie wody zdroju Rakoczy w stanie gorącym wywiera działanie hamujące przy zbyt częstych stolcach.

Do leczenia wodą źródła Rakoczy nadają się:

1. Choroby żołądka i jelit, a w szczególności nieżyt przewlekły, stany zaparcia stolca oraz owrzodzenia żołądka i jelit.

2. Choroby wątroby, dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego.

3. Choroby serca, nerwica serca, otłuszczenie serca, miażdżyca tętnic, stany wywołane zastojem krwi przy upośledzeniu krążenia w narządach trawiennych.

4. Cierpienia nerwowe jak neuralgja, ischias, hypohondria, hysterja.

5. Choroby przemiany materji — otyłość, cukrzyca, dna i wszelkiego rodzaju schorzenia artretyczne.

W lekkich przypadkach wystarcza 4-tygodniowa kuracja. W przypadkach cięższych 8-tygodniowa.

Rakoczy pije się w ilości $^1/_4$ litra naraz. Należy stosować dwie takie dawki wody w odstępie 15 minutowym.

W Kissingen obok picia wód mineralnych stosuje się kąpiele borowinowe, okłady z mułu Fango di Battaglia*), kąpiele kwasowęglowe oraz gimnastykę leczniczą. Zrozumiałem jest, że przy stosowaniu leczenia wodą Kissingen w domu pożytecznem będzie łączenie tego leczenia z wyżej opisanemi zabiegami.

Dr. med. P.

UWAG KILKA O NOWYM PREPARACIE „CREO“ KROGULECKIEGO

Leczenie cierpień płucnych jest zagadnieniem nietylko interesującym jednostkę chorą, ewentualnie jej najbliższych, lecz często w równym prawie stopniu interesuje społeczeństwo, interesuje czynniki państwowe, których zadaniem jest walka z gruźlicą.

Grozę położenia, niebezpieczeństwo chorób płucnych dokładnie odzwierciadlają statystyki, które wskazują, że co 7 człowiek umiera na gruźlicę.

Nic więc dziwnego, że i społeczeństwo i świat lekarski poświęcają wiele wysiłku w celu zwalczania tej strasznej choroby.

Rozwija się lecznictwo zapobiegawcze, powstaje cały szereg organizacyj i instytucyj, które za swe zadanie naczelne uważają opiekę nad chorym, opiekę nad otoczeniem chorego.

*) Patrz Therapia Nova Nr. 1. 1930 r. str. 32.

Szybko powstają, szczególniej w ośrodkach przemysłowych, poradnie przeciwgruźlicze, liczba sanatorjów z każdym rokiem ulega powiększeniu wydatnemu, medycyna wprowadza nowe metody lecznictwa gruźlicy (odma, leczenie chirurgiczne) tuberkulinizacja, nowe podstawy chemoterapji gruźlicy (krysolgan, aurosan, sanokryzyna). Obserwacje jednak bardzo sumienne, stopniowo ograniczyły stosowanie tych środków, liczba zwolenników tuberkulinizacji powoli aczkolwiek stale maleje. Również zmniejsza się ilość zagorzałych zwolenników stosowania odmy pod wszelkiemi postaciami i lekarz praktyk musi jednakże oprócz zalecenia choremu wyjazdu do miejscowości klimatycznej, dać lekarstwo do użytku wewnętrznego i właśnie w przypadkach przewlekłych pierwsze miejsce zajmują preparaty kreosotowo-fosforowo-wapniowe.

Z pośród krajowych preparatów najpierwsze miejsce ze względu na swój skład chemiczny, wypróbowanie kliniczne, idealną formę zewnętrzną, nadzwyczaj dogodną dla ambulatoryjnego stosowania wysuwa się „Creo" Krogulecklego, preparat kreozotowo-fosforowo-wapniowy w tabletkach keratynowanych (N. rej. 1224).

Sto lat mija w roku bieżącym od czasu wprowadzenia do lecznictwa chorób płucnych kreozotu.

Reichenberg (1830 r.) pierwszy wprowadził do lecznictwa kreozot; chociaż kreozot nie działa zabójczo na prątki gruźlicze, to jednak doświadczenia kliniczne wielu dziesiątków lat potwierdziły i uwypukliły jego wartość dla lecznictwa. Stosowany przez dłuższy czas kreozot poprawia łaknienie, podnosi tem samem ogólny stan chorego, powoduje obniżenie ciepłoty i ustąpienie tak dokuczliwych dla chorych potów nocnych, pośrednio kreozot oddziaływa na plwocinę, staje się ona wyraźnie mniej obfitą i mniej ropną. Niektórzy autorzy zarzucają kreozotowi drażniące działanie na nerki, ale przy użyciu chemicznie czystego kreozotu możliwość szkodliwego działania jest bardzo minimalna, z drugiej jednak strony kreozot jest tak energicznym środkiem leczniczym, że w sile działania znacznie ustępują mu gwajakol i tembardziej dalsze pochodne, thiocol i t. d.

Drugim czynnikiem składowym preparatu „Creo" są sole wapniowe (Ca lacticum). Związki wapniowe mają zupełnie ustaloną opinję w lecznictwie cierpień płucnych. Cały szereg autorytetów lekarskich gorąco popiera stosowanie wapnia w chemoterapji gruźlicy.

Badania szkoły francuskiej dowodzą w sposób niezbity wyższości związków wapniowych organicznych lub wapniowych nieorganicznych nierozpuszczalnych nad związkami nieorganicznemi rozpuszczalnemi, które według tychże podań ulegają b. szybko wydaleniu z ustroju.

Zupełnie zrozumiałem i celowem było włączenie do nowego preparatu jonu fosforowego, związek fosforowy wprowadzony w „Creo" wchła-

nia się bardzo łatwo w przewodzie pokarmowym, powoduje lepsze odżywianie. Przy stosowaniu fosforu konstatujemy polepszenie stanu ogólnego, zwiększenie wagi ciała, polepszenie obrazu morfologicznego krwi, poprawę stanu psychicznego chorego. Dzięki zastosowaniu związków wapniowych nieorganicznych i związku fosforowego, doprowadzamy do ustroju pierwiastki, zwiększające w sposób wybitny mineralizację ustroju, co ma niewątpliwie działanie dodatnie w przebiegu gruźlicy.

Pozostałe składniki „Creo" jak arsen, Tubera Aconiti, stib. sulf. am., mają również uzasadnienie i praktyczne i teoretyczne.

Bardzo liczne głosy ze sfer lekarzy, którzy wypróbowali preparat „Creo" na licznych rzeszach chorych, twierdzą niezbicie, że preparat ten zmniejsza wydzielinę w oskrzelach, łagodzi kaszel, znakomicie zmniejsza jego częstotliwość, poprawia łaknienie, polepsza ogólny stan odżywienia i wyraźnie, a nieraz wybitnie zmniejsza nasilenie cierpienia, łagodząc objawy chorobowe.

Jedną z ważnych zalet nowego preparatu jest idealna forma zewnętrzna, forma tabletek keratynowanych, dzięki czemu preparat ten jest przyjemny w użyciu, praktyczny w stosowaniu i nie drażni przewodu pokarmowego. Jest to preparat krajowy, wykonany idealnie z najlepszych surowców.

Badania nasze, wykonane w ciągu roku w warunkach ambulatoryjnej pracy na bardzo obszernym materjale z przychodni Kasy Chorych dzielnicy I centralnej wykazały w sposób niezbity, że preparat „Creo" jest jednym z najlepszych preparatów nietylko krajowych lecz nawet i zagranicznych; ze względu na swą formę, składniki chemiczne, łatwość dozowania i walory terapeutyczne zasługuje na stosowanie i poparcie.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

B. S. TEN BERGE. *O przetaczaniu krwi w praktyce ginekologicznej.* Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1929. Nr. 29.

Autor dzieli się swemi spostrzeżeniami co do przetaczania krwi przed operacją u niedokrwistych chorych lub w zakażeniach wskutek sztucznego poronienia. Zwykle daje się 200 — 500 ccm. krwi.

Dokonano pewnego razu przetaczania krwi u chorej, silnie krwawiącej po wycięciu macicy wskutek raka szyjki macicznej. Operacja była nadzwyczaj ciężką z powodu znacznego krwotoku miąższowego. W końcu udało się usunąć macicę i przymacicza. Po operacji stan chorej wskutek znacznej utraty krwi był ciężki, dokonano przeto przetaczania 500 ccm. krwi. Tętno poprawiło się, a zatrważająca niedokrewność minęła. Jednak w 4 godziny po operacji chora znów straciła tyle krwi, że ponownie stała się bardzo niedokrewną. Otworzono ranę i zauważono, że sprawa powstała wskutek krwotoku miąższowego. Na ranę dano c o a g u l e n wraz ze szczelnem tamponowaniem. Dokonano powtórnie przetaczania, tym razem 600 ccm. krwi. W ciągu tegoż wieczora zadawano chorej coagulen i hypertoniczny roztwór soli kuchennej, poczem krwawienie się zmniejszyło i ustało zupełnie po upływie 3 dni.

Dalszy przebieg choroby był pomyślny.

———o———

V. LANG. *Doświadczenia kliniczne z coraminą.* Wiener Medizinische Wochenschrift, 1929. Nr. 79.

Na wewnętrznym oddziale Szpitala Ś-tej Zofji w Wiedniu, próbowano stosować coraminę w bardzo licznych przypadkach. Autor uważa za bardzo celowe jednoczesne stosowanie coraminy z naparstnicą i kofeiną.

Dobre wyniki daje również coramina stosowana dożylnie w roztworze cukru, najlepiej pod postacią 33%-wego roztworu glukozy.

Za najważniejsze uważa Lang działanie coraminy na oddech, wyrażające się w jego pogłębieniu i ułatwieniu wykrztuszania.

Coraminę należy stosować w zapaleniu płuc włóknikowem oraz w grypowych zapaleniach płuc w dawkach dużych powtarzanych kilkakrotnie w ciągu dnia.

W ciężkich postaciach niedomogi sercowej, a szczególnie w obrzęku płuc, otrzymano pomyślne rezultaty, stosując coraminę z roztworem cukru gronowego. Autor łączył coraminę ze środkami moczopędnemi. Stosując salyrgan, jeden z najsilniejszych środków moczopędnych, autor zauważył, że całkowite działanie następowało dopiero po uprzedniem stosowaniu coraminy samej lub w połączeniu z jakimbądź lekiem naparstnicowym.

W zatruciach i zapaściach coramina jest cennym środkiem.

Zapalenia oskrzeli stanowią wdzięczne pole dla zastosowania coraminy.

Autor przychodzi do wniosku, że Coramina jest to znakomity środek, wzbogacający t. zw. leczenie kamforą. Działanie coraminy conajmniej dorównywa kamforze. Po podawaniu do wewnątrz lub w postaci zastrzyków nigdy nie zauważono zaburzeń żołądkowych ani jakichkolwiek niekorzystnych działań ubocznych.

———o———

WILHELM LUDWIG. *Postępy w leczeniu kamforą.* Jahreskurse für aerztliche Fortbildung. 1928. Rocznik 19, str. 10 — 15.

Z powodu nierozpuszczalności kamfory w wodzie, niemożliwe jest podanie doraźnej pomocy. Kamfora tylko wtedy pobudza serce, kiedy sprawność jego jest osłabiona z powodu jakiegobądź wpływu szkodliwego. Podług Wielanda kamfora działa tylko dzięki jej silnej aktywności powierzchniowej, rozprzestrzenia się ona na mięśnie serca i wycieśnia szkodliwe substancje. Ten mechanizm działania nie wchodzi w rachubę przy coraminie i cardiazolu, które wykazują nieznaczną aktywność powierzchniową.

Kamfora poraża gładkie mięśnie, czem po części tłomaczy się jej działanie w zapaleniu płuc. Na ośrodek układu nerwowego działa ona trująco i jest przytem słabym lekiem odurzającym, osłabiającym katalazę utleniającą i oddechanie komórek. Wiechowski i inni przeto odmawiają kamforze znaczenia jako leku ocucającego, pomimo iż kamfora od wielu lat w klinice zajmuje poczesne miejsce. Klinika jednakże nie poprzestaje wyłącznie na doświadczeniach czynionych nad zwierzętami i dostarcza wielu danych mówiących o skuteczności kamfory.

Coramina i cardiazol działają bezpośrednio na mięsień sercowy. Skurcz chorego serca poprawia się, a rozkurcz się powiększa, co stanowi o wzmożeniu pracy. Bardzo ważnem jest również silne pobudzenie ośrodka oddechowego.

Dzięki tym własnościom coramina i cardiazol znajdują się w pierwszym szeregu środków ocucających i pobudzających krążenie.

Dzięki słabej toksyczności skuteczne dawki coraminy w razie potrzeby można kilkakrotnie zwiększać. Cardiazol ma zaletę, że podawany do wewnątrz szybko się wchłania. Oba leki nie powodują skłonności do kumulacyjnego działania, a szczególnie cennem jest możność kombinowania tych leków z naparstnicą lub strofantyną. W ten sposób wyzyskuje się czas potrzebny do powstania wpływu digitalizacji, a jednocześnie potęguje się też działanie naparstnicy.

———o———

VOSS. Pentamethylentetrazol (Cardiazol). III. *Działanie Cardiazolu przy podawaniu per os.* Naunyn - Schmiedebergs Arch. f. experim. Path. u. Pharmacologie. T. 118, z 5/6.

Cardiazol wsysa się bardzo dobrze i szybko w przewodzie pokarmowym, przyczem dawka „per os" wywołująca już drgawki jest 2 — $3^1/_2$ razy większa od dawki podskórnej, sprowadzającej takie same objawy (doświadczenia na świnkach morskich, królikach i szczurach). Wsysanie może także mieć miejsce w żołądku (badania z podwiązaniem odźwiernika). Po uprzedniem uszkodzeniu ośrodka oddechowego preparatami morfinowemi, działanie cardiazolu wprowadzonego do przewodu pokarmowego jest bardzo skuteczne i trwa dłużej, niż przy podaniu dożylnem lub podskórnem. Wprowadzając cardiazol (per os) możemy przerwać uśpienie królika, wywołane urethanem lub paraldehydem. Należy zaznaczyć, że zatrucie cardiazolem przebiega bardzo powoli. W zatruciu główną rolę grają nerki; po podwiązaniu tętnic nerkowych wprowadzenie stopniowe dwuch dawek, z których każda stanowi połowę dawki powodującej kurcze, wywołuje jeszcze drgawki nawet po 3 godzinach. Wątroba w zatruciu cardiazolem gra, zdaje się, jedynie rolę drugorzędną.

———o———

FAHRENKAMP i NOCKE. *Zur Kenntniss der kreislaufwirkung bei der kombinierten Digitalis - Cardiasol - Coraminbehandlung.* Med. Klinik. T. 23, Nr. 24, 1927.

Podawanie dożylne chorym na serce strofantyny z kardiazolem wywołuje w bardzo krótkim czasie znaczne zmniejszenie obrzęków i wraca wydolność sercu. Fakt ten naprowadził na myśl, aby zwiększać działanie naparstnicy przez jednoczesne podawanie kardiazolu lub coraminy.

Na wyciętem sercu żaby stwierdzono silne działanie obu tych nowych leków, w razie uprzedniego zatruwania serca małemi, nie działającemi dawkami naparstnicy. Kardiazol i Coramina wzmagają także działanie strofantyny.

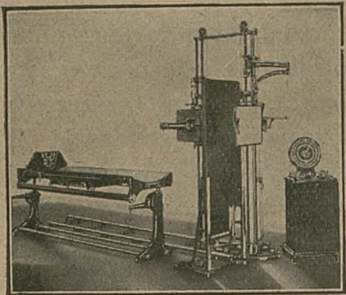
Co się tyczy działania kardiazolu na naczynia, to, jak wykazały badania, *Cardiazol* w rozcieńczeniu 1 : 100 rozszerza naczynia, a w rozcieńczeniu 1 : 1000 — zwęża je; roztwór 5% kardiazolu zwęża naczynia. Zwężenie naczyń, wywołane adrenaliną powiększa się pod wpływem 1% rozczynu kardiazolu. Naczynia, rozszerzone przez podanie strofantyny w roztworze 1 : 10000, ulegają zwężeniu pod wpływem rozczynu kardiazolu 1 : 1000; kardiazol w rozcieńczeniu 1 : 100 — rozszerza je. Jeżeli dany zakres naczyń pozostawał już pod działaniem kardiazolu, to strofantyna w rozcieńczeniu 1 : 10000 wywołuje zwężenie naczyń; strofantyna w rozcieńczeniu 1 : 100000 czasami zwęża, czasami rozszerza naczynia; w drugim przypadku — kardiazol pozostaje bez znaczenia; natomiast, w razie zwężenia naczyń — roztwór kardiazolu 1‰ rozszerza naczynia. W innych przypadkach taki sam roztwór Cardiazolu powoduje zwężenie naczyń. Podobne wyniki daje *Coramina* w roztworze 2,5% i 10 razy słabszym. W każdym więc razie kardiazol i coramina potęgują znacznie działanie strofantyny. Dowodzą tego zresztą także spostrzeżenia kliniczne.

VICTOR X-RAY CORPORATION

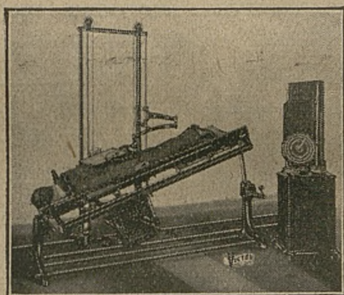
w Chicago U. S. A.

Największa na świecie fabryka aparatów Rentgenowskich i Elektromedycznych, niedawno wypuściła na rynek

Aparat Rentgenowski Idealnie Bezpieczny z lampą zanurzoną w oliwie



Kompletne Instalacje Rentgenowskie do Djagnostyki i Terapji



Stoły, Statywy, Ścianki do zdjęć, prześwietlań i terapji

Lampy rentgenowskie, Kompletnie urządzone ciemnie, Fartuchy, Rękawice i szkła ochronne oraz wszelkie akcesorja rentgenowskie.

Aparaty Elektromedyczne:
Djatermje, Pantostaty, Lampy Kwarcowe, Aparaty Galwaniczne, Elektrody, Kąpiele elektryczne.

Na każde żądanie szczegółowe oferty z ilustrowanemi katalogami i cenami wysyłają

Jeneralni Przedstawiciele

BRACIA BORKOWSCY

ZAKŁADY ELEKTROTECHNICZNE S. A.

ODDZIAŁ ELEKTROMEDYCZNY: Warszawa, Bracka 12, tel. 42-98.